

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen en Menzis N.V. te Wageningen
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie, wijziging voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020-2021, artikel 7:940 BW
Zaaknummer : 202200104
Zittingsdatum : 5 oktober 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 16 januari 2022 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan. Op 30 maart 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 27 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 27 juni 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 oktober 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen GarantVerzorgd 3 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering), Verzekering Eigen Risico, en TandVerzorgd 1P. De zorgverzekering en de aanvullende verzekeringen Verzekering Eigen Risico en TandVerzorgd 1P zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestond tot en met 31 december 2021 aanspraak op 32 behandelingen fysiotherapie. Met ingang van 1 januari 2022 is dit aantal teruggebracht tot 20 behandelingen.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 7 december 2021 verzocht om ook na 1 januari 2022 meer dan 20 behandelingen fysiotherapie te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Bij brief van 10 december 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster bevestigd dat hij hiertoe niet zal overgaan.

4. **Het geschil**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden ook ná 1 januari 2022 meer dan 20 behandelingen fysiotherapie te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

5. **Bevoegdheid van de commissie**

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.17 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering.

6. **Beoordeling**

- 6.1. De relevante bepalingen uit de verzekeringsvoorwaarden en het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn opgenomen in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster lijdt aan reumatoïde artritis en pseudojicht met gonartrose. Haar aandoeningen gaan niet over. Zij heeft veel baat bij de behandelingen fysiotherapie. Sporten geeft niet dezelfde vooruitgang en stabiliteit. Verzoekster acht de verlaging van het aantal behandelingen fysiotherapie tot 20 per jaar daarom niet acceptabel.
- 6.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zij van mening is dat de doorgevoerde wijziging niet gehandhaafd kan blijven en dat zij graag zou terug willen naar het ziekenfonds.
- 6.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten zijn besproken die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.5. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat hij voor vermindering van het aantal behandelingen heeft gekozen om de aanvullende ziektekostenverzekering voor iedereen betaalbaar te houden. Over deze wijziging heeft hij zijn verzekeringnemers in november 2021 per e-mail geïnformeerd. In dit e-mailbericht stond de button 'wat wijzigt er in mijn pakket'. Via deze button kwamen klanten terecht op een persoonlijke pagina. Hierop zagen zij hun pakketten en die van de medeverzekerden, met daarbij per pakket welke wijzigingen er met ingang van 2022 zouden worden gerealiseerd. Ook de wijziging ten aanzien van het aantal behandelingen fysiotherapie was vermeld. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij zich realiseert dat mensen met sommige aandoeningen afhankelijk zijn van de vergoedingen uit de aanvullende ziektekostenverzekering. Hoewel de ziektekostenverzekeraar hierover in gesprek is met de betrokken partijen, geldt dat het belangrijk is de zorg betaalbaar te houden. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding tot het toepassen van coulance in de situatie van verzoekster. Dit vanwege de precedentwerking die hiervan uitgaat. De ziektekostenverzekeraar verwijst tot slot naar een eerder advies van deze commissie van 2 juni 2022 met kenmerk SKGZ202102271.

Overwegingen commissie

- 6.6. De commissie stelt bij de beoordeling van het verzoek voorop dat het de ziektekostenverzekeraar vrij staat de premie en de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering eenzijdig te wijzigen, hetzij tussentijds dan wel bij de jaarlijkse prolongatie. Dit blijkt uit artikel A14 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Artikel 7:940, vierde lid, BW bepaalt dat in een dergelijke situatie de verzekeringnemers van de wijzigingen tijdig op de hoogte moeten worden gesteld. Zij kunnen in dat geval ervoor kiezen de verzekering te beëindigen binnen de termijn die daarvoor staat. De commissie merkt hierbij op dat de wetgever geen verdergaande bescherming heeft willen bieden dan in de vorm van deze opzegmogelijkheid ingeval van een voorwaardenwijziging.
- 6.7. De commissie stelt vast dat verzoekster tijdig ervan op de hoogte is gesteld dat de ziektekostenverzekeraar de vergoeding van het aantal behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar met ingang van 2022 zou verlagen. Dit blijkt uit het feit dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar op 7 december 2021 heeft verzocht af te zien van de verlaging. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 10 december 2021 verzoekster uitleg gegeven over de reden van de verlaging. Daarnaast is door de ziektekostenverzekeraar gesteld, en door verzoekster niet bestreden, dat reeds in november 2021 al zijn verzekeringnemers per e-mailbericht zijn geïnformeerd over de wijzigingen met ingang van 1 januari 2022. Dit alles brengt met zich dat de ziektekostenverzekeraar heeft voldaan aan zijn verplichting de verzekeringnemers tijdig te informeren over de voorgenomen wijziging in de dekking. Met de wetenschap dat de vergoeding van het aantal behandelingen fysiotherapie zou worden verlaagd had verzoekster ervoor kunnen kiezen de verzekeringsovereenkomst te beëindigen. Zij heeft hier echter niet voor gekozen, en daarom is zij gebonden aan de met ingang van 1 januari 2022 geldende nieuwe voorwaarden. Dit betekent dat verzoekster met ingang van die datum op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak heeft op de vergoeding van 20 behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar.
- 6.8. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij is aangewezen op 32 behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar in verband met haar aandoeningen, en dat sporten niet dezelfde vooruitgang en stabiliteit oplevert. Hoewel de commissie begrip heeft voor de situatie van verzoekster, geldt dat een voorwaardenwijziging steeds en-bloc of groepsgewijs plaatsvindt. Zou dit anders zijn, dan kon de ziektekostenverzekeraar - bijvoorbeeld afhankelijk van de geclaimde vergoedingen - besluiten in een individueel geval de premie te verhogen of de dekking te verlagen, om aldus de verzekering onaantrekkelijk te maken voor bepaalde verzekerden. Evenzo kan het dan niet zo zijn dat hiervan op individuele basis in het voordeel van een verzekerde wordt afgeweken door de oorspronkelijke, ruimere dekking in stand te houden. De ziektekostenverzekeraar zal dus voor de hele groep verzekerden een afweging moeten maken, rekening houdend met schadelast en premie. In dit geval is ervoor gekozen de premie betaalbaar te houden door de dekking op onderdelen te verlagen. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd met betrekking tot haar individuele situatie kan daarom niet leiden tot een uitzondering. Het is tot slot niet aan de commissie om te oordelen over terugkeer naar het systeem van het ziekenfonds.
- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 oktober 2022

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

i Let op

Kiest u voor een ergotherapeut die geen contract met Menzis heeft? Dan moet de ergotherapeut als 'Kwaliteitsgeregistreerd' staan ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici en krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Menzis vergoedt 75% van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 75% van het bedrag dat Menzis gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Fysiotherapie en Oefentherapie

Bij klachten van het houdings- en bewegingsapparaat kunt u naar de fysiotherapeut of oefentherapeut gaan. Door het toepassen van diverse technieken en oefeningen probeert deze de functie van het houdings- en bewegingsapparaat te verbeteren. Een normale houding en beweging is dan weer mogelijk, of u leert zo goed mogelijk met uw beperkingen om te gaan.

Fysiotherapie en Oefentherapie

U krijgt een vergoeding voor behandelingen fysiotherapie en oefentherapie tot een maximum aantal behandelingen. Dit maximum aantal behandelingen is per kalenderjaar:

GarantVerzorgd 1	GarantVerzorgd 2	GarantVerzorgd 3
6	12	20

U heeft recht op deze vergoeding als uw therapeut met Menzis een contract heeft. Welke therapeuten dat zijn, kunt u vinden op menzis.nl/zorgvinder.

i Let op

- Voor de meeste klachten kunt u terecht bij een algemeen fysiotherapeut. Voor sommige specifieke klachten kunt u het beste naar een therapeut die gespecialiseerd is in de behandeling van deze klachten. Denkt u hierbij bijvoorbeeld aan klachten:
 - waarin de wervelkolom en ledematen centraal staan (manueel therapeut),
 - waarin de motorische ontwikkeling en motorisch leren van het kind centraal staat (kinderfysiotherapeut/kinderoefentherapeut),
 - bij kwetsbare ouderen en cliënten/patiënten met een hoge (biologische) leeftijd die te maken hebben met complexe gezondheidsproblematiek (geriatriefysiotherapeut),
 - waarin de bekkenregio en heupen centraal staan (bekkenfysiotherapeut),
 - die samenhangen met stress en klachten als pijn en vermoeidheid waarvoor geen direct lichamelijke oorzaak kan worden gevonden (psychosomatisch fysiotherapeut en psychosomatisch oefentherapeut),
 - waarin (lymf)oedeem centraal staat (oedeemtherapeut).
- Wij raden u aan om aan uw fysiotherapeut te vragen of hij gespecialiseerd is in de behandeling van uw klachten.
- U kunt alleen naar een algemeen fysiotherapeut, een kinderfysiotherapeut, een manueel therapeut, een oedeemtherapeut, een geriatriefysiotherapeut of een bekkentherapeut die staat ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL (KRF NL) of in het register Keurmerk Fysiotherapie. Voor oedeemtherapie en littekentherapie kunt u ook naar een huidtherapeut die in

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 940

1. Bij opzegging tegen het einde van een verzekeringsperiode teneinde verlenging van de overeenkomst te verhinderen, wordt een termijn van twee maanden in acht genomen.
2. De verzekeringnemer en, tenzij het een persoonsverzekering betreft, de verzekeraar kunnen een overeenkomst die is aangegaan voor een periode van meer dan vijf jaar, of die voor zulk een periode is verlengd, opzeggen tegen het einde van elk vijfde jaar binnen die periode. Daarbij geldt de in lid 1 genoemde termijn.
3. Indien de verzekeraar de bevoegdheid heeft bedongen de overeenkomst tussentijds op te zeggen, komt de verzekeringnemer een gelijke bevoegdheid toe. Tenzij jegens hem is gehandeld met het opzet tot misleiding neemt de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer daarbij een termijn van twee maanden in acht. Indien een verzekering dekking biedt tegen schade veroorzaakt door risico's als bedoeld in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht, kan, bij de verwezenlijking van een dergelijk risico of bij een dreiging van het ophanden zijn daarvan, de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer in afwijking van deze termijn van twee maanden, de overeenkomst met inachtneming van een termijn van zeven dagen opzeggen. De verzekeraar kan slechts tussentijds opzeggen op in de overeenkomst vermelde gronden welke van dien aard zijn dat gebondenheid aan de overeenkomst niet meer van de verzekeraar kan worden gevergd.
4. Indien de verzekeraar de voorwaarden van de overeenkomst ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.
5. De verzekeraar kan een persoonsverzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voor zover dat is gelegen in de persoon van degeen, die de verzekering betreft.
6. De verzekeringnemer kan de overeenkomst steeds langs elektronische weg opzeggen. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld ten aanzien van de verzending van opzeggingen langs elektronische weg.
7. De voordracht voor een krachtens het zesde lid vast te stellen algemene maatregel van bestuur wordt niet eerder gedaan dan vier weken nadat het ontwerp aan de beide kamers der Staten-Generaal is overgelegd.